

Schadenanzeige

Unfallversicherung

D & P GmbH Tiefenbroicher Str. 49
Assekuranzmakler 40885 Ratingen
Tel.: 02102/893141
Fax.: 02102/893142
Bitte senden Sie Ihre Schadenanzeige an diese Adresse

Den Schriftwechsel bitten wir ausschließlich über unser Haus zu führen !

Versicherungsnehmer:	Versicherer: VS-Nr.: Schaden-Nr.:
---	---

Vor- und Zuname des Verletzten:
Anschrift:/
Geburtsdatum:
Beruf:

Wann hat der Unfall stattgefunden? Datum: Uhrzeit:
Wo hat der Unfall stattgefunden?
Wann und wie haben Sie den Schaden gemeldet? Am telefonisch per Fax per Brief
Wie ist der Unfall entstanden?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe?
Hat eine stationäre Behandlung stattgefunden? . nein ja
Aufnahmetag: Entlassungstag;
Name und Anschrift des Krankenhauses und des behandelnden Arztes:
.....
Wer ist jetzt behandelnder Arzt?
Wie lange wird die Behandlung voraussichtlich noch dauern?
Welche Verletzungen sind durch den Unfall entstanden?/
...../
...../
Besteht Arbeitsunfähigkeit? nein ja, von bis

Sind Zeugen beim Schadenfall zugegen gewesen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Name und Adresse:	ggf. Name und Adresse:
---	---	---

Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ggf. von welcher Behörde: Aktenzeichen:
--	---

Wurde der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewußtseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen verursacht? nein ja, durch:

Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen? nein ja, an:

Hat die versicherte Person innerhalb der letzten Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? nein ja:
Art und Menge:

Wurde eine Blutalkoholprobe entnommen? nein ja, mit dem Ergebnis:

Stand die versicherte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß? nein ja, Art und Menge:

Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle? nein ja: wann und welcher Art:

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? nein ja, Erwerbsminderungsgrad:

Anschrift und Aktenzeichen des Rententrägers:

Befand sich der Verletzte auf dem Weg von od. zur Arbeitsstelle? ja nein

Erlitt er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? ja nein

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Schaden gemeldet?

.....

Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen? nein ja, bei

Name, Anschrift und Versicherungsscheinnummer:

.....

Bei tödlichem Ausgang, wann und wo ist der Tod eingetreten?

Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?

Die folgenden Punkte bitte nur bei Verkehrsunfällen ausfüllen:

Amtlichen Kennzeichen der beteiligten Fahrzeuge:

Fahrzeuglenker:

Hatten diese zum Unfallzeitpunkt die erforderlichen Fahrlizenzen? ja nein

Waren die Personen zum Unfallzeitpunkt angegurtert?

Bei Entschädigung bitte ich um einen Verrechnungsscheck
 Überweisung auf das Ihnen bekannte Konto
 Überweisung auf Konto: IBAN: BIC

Die Ärzte, die die verletzte Person behandelt oder untersucht haben, sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger und Behörden werden ermächtigt, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Es wird hiermit erklärt, daß die vorstehenden Fragen und die Schadenaufstellung wahrheitsgemäß beantwortet bzw. erstellt wurden. Bewußt falsche oder unvollständige Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken.

....., den

(Ort, Datum) (Versicherte Person) (Versicherungsnehmer)